DDD-1987A FORSFF (2-24)

## ARIZONA DEPARTMENT OF ECONOMIC SECURITY División de Discapacidades del Desarrollo

## ACUERDO DE EQUIPO DEL PLAN DE TRATAMIENTO DE LA CONDUCTA

Nombre:		Fecha del plan:		
Residencia:				
Programa de día/trabajo:				
Plan desarrollado por:		Fecha:		
	FIRMAS DE APROBACION			
He leído y aprobado el uso	del plan de la conducta adjunto.			
Persona responsable:		Fecha:	Fecha:	
Coordinador de Apoyo:		Fecha:	Fecha:	
Persona que recibe servicios:(Aplicable para adultos que tienen un tutor designado por el tribunal)		Fecha:	Fecha:	
Representante residencial:		Fecha:	Fecha:	
Representante de día/trabajo:		Fecha:		
	OTROS MIEMBROS DEL EQUIP	20		
Título	Firma	I	Fecha	

Programa y Empleador con Igualdad de Oportunidades • Servicios y ayudantes auxiliares para personas con discapacidades están disponibles a petición • Para obtener este documento en otro formato u obtener información adicional sobre esta política, comuníquese con el Centro de servicio de atención al cliente de la División de Discapacidades del Desarrollo al 1-844-770-9500; Servicios de TTY/TDD: 7-1-1 • Available in English online or at the local office